

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno na Velhice em Portugal

Renata Sofia Higinio Machado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno na Velhice em Portugal

Renata Sofia Higinio Machado

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2008

Agradecimentos

A realização deste estudo não seria possível sem o estímulo, o conselho e o apoio de professores, colegas, amigos e familiares.

Entre os primeiros, quero destacar a Professora Maria Eugénia Duarte Silva que assumiu a orientação da dissertação e me incentivou, e disponibilizou esclarecimentos fundamentais. Também devo mencionar a disponibilidade do Professor Manuel Geada que, desde o início, se revelou uma fonte informada, essencial no delineamento do presente estudo.

Entre os colegas e amigos, não posso esquecer Filipa, Ana, Cintya, Patrícia, Rita e muitos outros, com quem dividi muitas horas da minha vida de estudante universitária, desafios, dificuldades, problemas, mas também alegrias e vitórias.

Agradeço à Lena que, de forma irreverente e afirmativa, deposita em mim uma confiança empolgante e sempre me tem ajudado nos momentos em que preciso.

Na família, sem esquecer todos os outros, destaco o meu pai, que está sempre presente através da sua preocupação, apoio e sensatez.

Por último, agradeço ao Pedro, que diariamente constrói comigo as bases que sustentam todos o projectos, pessoais e profissionais, em que me envolvo.

A todos o meu sincero agradecimento.

Resumo

Perante o fenómeno mundial do envelhecimento da população, o presente estudo procura proporcionar mais um contributo para o conhecimento do envelhecimento da população portuguesa. Alicerça-se no referencial teórico de C. Ryff, para compreensão do Bem-Estar Psicológico, e toma em consideração o modelo - Salutogénico - de A. Antonovsky, de forma a melhor compreender a relação entre o Bem-Estar Psicológico e variáveis de saúde. O estudo exploratório foi realizado a partir de uma amostra constituída por 30 sujeitos, de ambos os sexos, de idades superiores a 65 anos. Recorre às escalas de auto-avaliação edificadas pelos referidos autores, ambas na sua versão portuguesa. Foi realizada a análise quantitativa dos resultados tendo-se concluído que a) encontramos muito mais idosos a revelar níveis de Bem-Estar Psicológico superiores do que idosos a revelar níveis inferiores; b) existe uma relação moderada, significativa e de sentido positivo entre o Bem-Estar Psicológico e o Sentido de Coerência Interno; c) o Sentido de Coerência Interno apresenta um carácter preditor do Bem-Estar Psicológico.

Palavras chave: Envelhecimento, Bem-Estar Psicológico, Modelo Salutogénico, Sentido de Coerência Interno.

Abstract

Facing the global ageing phenomenon, the present study aims at providing further knowledge on the ageing of Portuguese population. Grounded on the theoretical reference of C. Ryff to the comprehension of Psychological Well-Being, it will take on consideration the Salutogenic model of A. Antonovsky, trying to grasp and understand the relationship between the Psychological Well-Being and the Health variables. The exploratory study was based on a reference sample of thirty individuals, male and female, above 65 years old, using the self-evaluation scales, proposed by the referred authors, both on the Portuguese version. One can conclude that: (a) there are more elderly revealing high levels of Psychological Well-Being than elderly revealing low levels; (b) there is a moderate significant and positive correlation between the Psychological Well-Being and the Sense of Coherence; (c) the Sense of Coherence adopts a predictive character over the Psychological Well-Being.

Keywords: Ageing, Psychological Well-Being, Salutogenic Model, Sense of Coherence.

Índice

Introdução	1
Enquadramento teórico	3
A velhice e a saúde	3
Bem-Estar	4
Bem-Estar Psicológico (BEP)	6
Modelo salutogénico	10
Pressupostos	10
Sentido de Coerência Interno (SOC)	11
Bem-estar Psicológico e Sentido Interno de Coerência na velhice	12
Metodologia	17
Questão inicial	17
Aspectos conceptuais	17
Objectivos	18
Procedimento	18
Seleccção da amostra	18
Caracterização da amostra	19
Instrumentos utilizados	19
Resultados	27
Análise dos Resultados	27
Resultados globais	28
Análise das correlações	30
Análise das diferenças	31
Análise regressão Linear	31
Discussão dos Resultados	35

Bem-Estar Psicológico de idosos	36
Relação entre Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno	40
Bem-Estar Psicológico predizível pelo Sentido de Coerência Interno	41
Conclusão	45
Bibliografia	49
Outputs do SPSS	55

Lista de Quadros

1	Resultados descritivos dos dados globais relativos às escalas de BEP e do SOC	28
2	Resultados descritivos das sub-escalas de BEP e do SOC	29
3	Resultados de BEP por grupos extremos em função do Percentil 25 e 75 . . .	30
4	Correlações de Pearson entre os resultados globais e os resultados das sub-escalas das escalas de BEP e do SOC	30
5	Comparação entre grupos de BEP elevado e reduzido no SOC (teste U de <i>Mann-Whitney</i>)	32
6	Regressão linear do BEP pelo SOC	32

Lista de Figuras

1	Resultados descritivos das sub-escalas de BEP.	29
2	Resultados descritivos das sub-escalas de SOC.	29
3	Recta de regressão linear do BEP sobre o SOC	33

Lista de Abreviaturas

BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjectivo
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SOC	Sentido de Coerência Interno
SPWB	Scales of Psychological Well-Being

Introdução

O presente trabalho, alicerçando-se, fundamentalmente, no domínio da psicologia positiva, perspectiva a manutenção da atenção, interesse e investigação no âmbito dos aspectos essenciais do funcionamento psicológico positivo. Assim, tomando o rumo da promoção da saúde e da avaliação dos sinais positivos do funcionamento humano e, desviando do caminho da procura do alívio do sofrimento, procura-se contribuir, de alguma forma, para o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido neste domínio ao longo das últimas décadas.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial que, na actualidade, tem vindo, progressivamente, a ser alvo de múltiplos e pertinentes estudos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, existirão 1.2 biliões de pessoas com mais de 60 anos. Em Portugal os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002) apontam para que a proporção da população idosa, que representava 8.0% do total da população em 1960, tenha duplicado, tendo passado para 16.4% em 2001. O processo de envelhecimento e a velhice têm-se tornado, conseqüentemente, temas cada vez mais absorventes. A velhice é uma fase da vida que pode fornecer importantes dados para a análise do funcionamento psicológico por se constituir como um período crítico de mudanças que encerram uma adaptação exigente. Não obstante ser um período que se caracteriza por múltiplas perdas, a diferentes níveis, constata-se que o idoso se baliza por múltiplas competências e ganhos, determinantes para um funcionamento psicológico positivo.

É na constatação do envelhecimento da população e na relevância do funcionamento psicológico positivo, que este trabalho encontra o seu fundamento. O seu principal objectivo é compreender quais são os processos psicológicos relacionados com o funcionamento positivo, na velhice. Para alcançar este objectivo, recorreu-se à concepção de Bem-Estar Psicológico proposta por Ryff (1989) e ao modelo Salutogénico de Antonovsky (1987). A primeira, como indicador integrado de Bem-Estar relacionado com duas dimensões de felicidade (Emoções positivas e robustez da personalidade). O segundo, concentrando-se especificamente no processo e orientação de que o indivíduo dispõe e que condiciona a sua percepção, interpretação e, conseqüentemente, a adaptação eficaz e adequada às situações.

Este trabalho apresenta-se estruturado em cinco partes fundamentais: a primeira, na qual após uma revisão da literatura publicada, faz uma reflexão teórica sintetizando as principais temáticas que balizam este trabalho; a segunda integra a caracterização dos objectivos e do procedimento metodológico adoptado; a terceira incide sobre a apresentação dos resultados; a quarta centra-se na discussão global dos resultados; e a quinta reflecte sobre as principais considerações finais do estudo, nomeadamente, sobre as suas limitações e implicações para investigações e intervenções futuras.

A presente investigação, de carácter exploratório, encontra o seu interesse e importância na medida em que poderá dar continuidade ao estudo da população envelhecida em Portugal e contribuir para o enriquecimento do conhecimento dos seus recursos psicológicos e níveis de Bem-Estar.

Enquadramento teórico

A velhice e a saúde

Ao longo das últimas décadas, o interesse e expansão da investigação dirigida à velhice tem sido cada vez maior. Segundo uma projecção da população mundial efectuada pelas Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir até atingir, em 2050, os 21% do total da população. Ao contrário, a proporção da população mundial com idade igual ou superior a 65 anos regista uma tendência crescente, tendo aumentado de 5.3% para 6.9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15.6% em 2050, segundo a mesma projecção. Como se conclui o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Também em Portugal se tem vindo a assistir, nos últimos vinte anos, à duplicação do número de pessoas com 80 anos ou mais. De acordo com os dados do INE, entre 1986 e 2006, a população portuguesa registou uma redução da proporção de jovens e um aumento da percentagem da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8.0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16.4% em 2001.

Este aumento da população idosa encontra-se profundamente associado ao aumento de uma procura exigente de conhecimento, consistente e válido, sobre as diferentes transformações ao longo do ciclo de vida e especialmente durante a velhice.

As teorias mais recentes do envelhecimento concebem-no como um processo progressivo que dura toda a vida, sofrendo influências a diferentes níveis, com perdas e ganhos, assente numa permanente adaptação (Allport, 1966; Cavanaugh, 1997).

Associados ao processo de envelhecimento têm sido identificados aspectos fundamentais que o caracterizam, nomeadamente, a significativa variabilidade inter e intra-individual e a sua multidimensionalidade e multideterminação, em que podem estar envolvidos aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Cavanaugh, 1997).

Este período acarreta a confrontação com alguns desafios, nomeadamente o facto de ocorrerem perdas significativas em múltiplos domínios da vida, que justificam e realçam a

importância da criação de um espaço de intervenção que seja especialmente orientado para este subgrupo populacional (Jopp & Rott, 2006). Citando Rosa Novo

“Os aspectos psicológicos do envelhecimento estão ligados a um conjunto de tarefas das quais salientamos as que consideramos fundamentais. Quer se trate de modificações corporais externas, quer de funções somáticas ou mudanças na estrutura sócio-familiar, as tarefas consistem em assimilar uma imagem de si mesmo e de aceitar um papel diferente no plano social. Todas elas estão ligadas a perdas prováveis ou inevitáveis. As experiências de solidão, separação, de desvalorização cultural são eventualidades da condição de ser velho e necessitam esforços adaptativos particularmente difíceis. O desafio lançado nesta fase de vida é o de mobilizar os recursos psicológicos necessários ao confronto com este contexto de perdas, com manutenção de um narcisismo saudável, compatível com a vida e com o envolvimento interpessoal. O aspecto psicológico do envelhecimento coloca, de facto, o problema da adaptação” (Novo, 2000, p. 143).

Não sendo Portugal uma excepção no panorama geral do envelhecimento da população mundial, parece premente que, nos dias de hoje, seja intencionalmente debruçado um olhar atento e preocupado sobre a sua população idosa. Conhecer e compreender melhor a realidade Portuguesa, em termos da saúde do envelhecimento da população, deverá ser um objectivo concreto para melhor elaborar abordagens preventivas e de intervenção. Sabe-se que a interpretação que cada indivíduo faz sobre o seu papel, e obrigações, poderá constituir-se como mais importante do que as definições sociais dos mesmos. Sabe-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma e que idosos em condições semelhantes de doença física vivenciam-nas de forma diferente, podendo apresentar maior ou menor Bem-Estar ou maior ou menor estado de saúde auto-percebido (Ramos, 2003).

Bem-Estar

Ao longo de décadas, a questão do que é a normalidade e a patologia tem vindo a preocupar múltiplas e complexas disciplinas científicas, nomeadamente a psicologia. De facto,

tem-se revelado um tema polémico e controverso, em que parece não existir unanimidade numa definição de normalidade que seja simples, satisfatória e universal.

Compreender mais eficazmente as pessoas e o seu funcionamento psicológico, tem sido o objectivo da psicologia. Contudo, o esforço tem sido dispendido, na maioria das vezes, ao nível do estudo das desordens psicopatológicas ou do sofrimento psicológico. Não obstante a sua indubitável relevância, este olhar comprometido não permite alcançar a amplitude e grandeza do funcionamento psicológico, especialmente, no que concerne ao funcionamento psicológico positivo, à normalidade, ao ajustamento e à saúde mental.

Integrando o funcionamento psicológico positivo no contexto da saúde mental e da saúde em geral e definindo saúde em termos de bem-estar, estamos a ampliar o nosso olhar e a deslocá-lo dos modelos que se focam, acima de tudo na “doença” para os modelos com ênfase na “saúde” (Novo, 2000). Compreender e identificar as causas e consequências de um funcionamento psicológico positivo e do desenvolvimento normal como um processo contínuo e de adaptação, em que a personalidade adopta um papel fulcral na determinação da mudança, abre caminho para uma abordagem preventiva com possibilidades de promoção da saúde mental.

No contexto de promoção da saúde, num esforço para compreender melhor o conceito de Bem-Estar, têm surgido diversas reflexões. No presente estudo, irão ser destacadas duas tradições distintas sobre a concepção de Bem-Estar.

A primeira, designa-se por Bem-Estar Subjectivo (BES), diz respeito a um conjunto de trabalhos científicos que procuram a quantificação da qualidade de vida, num contexto marcado pela subjectividade. Centra-se na avaliação que as pessoas fazem, com base nos seus valores e necessidades pessoais. Identifica conceitos como “Felicidade”, “Satisfação com a Vida” e “Experiências Emocionais” como componentes da qualidade de vida. Contudo, negligencia as dimensões psicológicas ou a qualidade do funcionamento psicológico (Ryff, 1989, 1995; Keys, Ryff, & Shmotkin, 2002).

A segunda toma a designação de Bem-Estar Psicológico (BEP) e, através de uma ampliação do construto, pretende alcançar a compreensão dos processos psicológicos subja-

centes ao Bem-Estar, a partir da operacionalização das dimensões básicas do funcionamento psicológico positivo.

Na primeira encontramos ênfase na Felicidade, ao passo que na segunda, são realçados os processos envolvidos na Saúde mental (Ryff, 1989).

Ambas as tradições advogam valores humanistas que elevam a capacidade do indivíduo para avaliar o que lhe proporciona bem-estar na vida (Keys et al., 2002). Keys et al. (2002), num estudo em que pretendem analisar se os indicadores de BES e BEP constituem reflexos distintos em termos de bem-estar, concluem que as duas concepções de bem-estar, apesar de distintas, encontram-se relacionadas. Não obstante, no contexto de avaliação, o BES possibilita identificar o quão a pessoa está satisfeita ou feliz e em que áreas da sua vida tal se verifica enquanto que, o Bem-Estar Psicológico salienta não só, o quão satisfeita e feliz a pessoa se sente em determinados domínios psicológicos, como também quais os recursos psicológicos de que esta usufrui (Ryff, 1989).

Bem-Estar Psicológico (BEP)

O presente estudo enquadra-se no modelo de Bem-Estar Psicológico desenvolvido por C. Ryff (1989) e Ryff and Keyes (1995) por este ultrapassar limitações conceptuais suscitadas por outros e se mostrar um indicador integrado e global de Bem-Estar e, possivelmente, de saúde mental. Distancia-se da simples constatação da ausência de disfunção ou perturbação psicológica e, ao mesmo tempo, colmata o carácter redutor do modelo de Bem-Estar Subjectivo, por considerar que as suas duas dimensões não alcançam a diversidade das características do funcionamento psicológico. Na verdade este modelo toma em consideração não só as emoções positivas, mas também a robustez da personalidade (Novo, 2000; Keys et al., 2002).

Na verdade, era já evidente que a literatura avançava com uma preocupação, crescente, em compreender o que estaria na base da resolução eficaz dos desafios e exigências inerentes à vida. Contudo, estas perspectivas prévias (teorias do ciclo-de vida, psicologia clínica, psicologia do desenvolvimento e literatura na área da saúde mental) e as concepções a si,

intrinsecamente associadas, não revelaram, empiricamente, impacto significativo no âmbito do estudo do funcionamento positivo.

Ryff (1989) valorizando, estrategicamente, a integração de pontos convergentes a diferentes formulações teóricas do quadro desta temática, releva a importância do contexto sócio-cultural e a relatividade do funcionamento normal. Propõe um modelo em que o Bem-Estar Psicológico estaria integrado no âmbito da saúde mental, como uma possível dimensão, ou indicador do desenvolvimento psicológico normal (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) e que, possivelmente, se revelaria um indicador importante na avaliação da saúde mental.

Neste contexto, surge então um modelo multidimensional de Bem-estar (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995), em que o Bem-Estar pode ser identificado a partir dos recursos psicológicos que o indivíduo dispõe (processos cognitivos, afectivos e emocionais) em que, simultaneamente, se podem descrever seis dimensões centrais ao funcionamento psicológico positivo. As seis dimensões deverão ser encaradas, não como contribuindo para o Bem-estar mas sim, como componentes do próprio Bem-Estar. Tal como os sentimentos de felicidade não deverão ser encarados como um critério de Bem-Estar mas sim, como emergentes da vivência de determinados domínios psicológicos (estes sim, constituintes do Bem-Estar) (Novo, 2000).

De ressaltar que, apesar da definição de critérios de Bem-Estar Psicológico surgir, como supra citado, da integração de pontos de convergência de múltiplas formulações teóricas, esta não se baseia numa generalização de critérios dessas mesmas formulações teóricas (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Assim, com o intuito de encontrar quais as características definidoras de Bem-estar de facto relevantes, Ryff (1989) investiga em pessoas de meia-idade as concepções de experiências e de vida positiva que estas possuem. Identificadas, deste modo, seis dimensões ou componentes distintas de um funcionamento psicológico positivo: Aceitação de si; Relações positivas com os outros; Domínio do meio; Crescimento pessoal; Objectivos de vida e Autonomia. Estas seis dimensões, em conjunto, adoptam um papel fundamental para a construção do Bem-Estar Psicológico que encerra uma avaliação positiva e a aceitação de

si, um sentimento contínuo de desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a própria vida e as exigências externas, com eficácia e, por último, um sentimento de determinação pessoal face à realização de objectivos pessoais (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

No que concerne às variações no Bem-Estar psicológico entre indivíduos, (Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Keys et al., 2002) salienta que muitos poderão ser os factores intervenientes. Fazendo referência, não só aos factores sócio-demográficos (educação, idade, casamento, parentalidade, entre outros), mas também ao papel das experiências de vida e as interpretações que decorrem dessas mesmas experiências.

Aceitação de Si. Já nas teorias do ciclo de vida se fazia referência à aceitação do “Eu” e da sua vida passada. A aceitação de si, isto é, uma atitude positiva para consigo próprio, nomeadamente aceitando aspectos positivos e negativos, surge, então, como uma característica fundamental de saúde mental, do funcionamento óptimo e da maturidade.

Relações Positivas com os Outros. Também a importância do estabelecimento de relações positivas com os outros tem sido enfatizada nas mais diversas concepções de Bem-Estar Psicológico. Deste modo, focamo-nos na capacidade para amar, sentir empatia e afeição, identificação com os outros e estabelecimento de relações de proximidade (intimidade) e confiança, orientadas para o outro.

Domínio do Meio. Relativamente à dimensão Domínio do Meio interessa salientar a capacidade do indivíduo para escolher ou criar meios que sejam convenientes à sua condição física e mental. Esta dimensão constitui-se como um factor essencial para a maturidade e saúde mental. Já as teorias do ciclo de vida salientam que, ao longo do desenvolvimento, se denota a importância da capacidade para manipular e controlar meios complexos. Numa perspectiva de envelhecimento saudável, importa enfatizar a mais valia do indivíduo que consegue retirar vantagem das oportunidades que o meio lhe proporciona.

Crescimento Pessoal. A capacidade do indivíduo para continuar a desenvolver o seu potencial e investir no sentido de, um cada vez maior, crescimento e expansão pessoal, verifica-se ser fulcral no funcionamento psicológico positivo. Assim, destacam-se a necessidade de actualização e realização pessoal, a abertura à experiência e a importância de um desenvolvimento contínuo.

Objectivos de Vida. A existência de objectivos de vida, intencionalidade e sentido de orientação é da maior importância para a saúde mental e funcionamento psicológico positivo. Também a definição de maturidade e as teorias do ciclo de vida enfatizam a importância de uma clara compreensão de que há um propósito e significado para a vida.

Autonomia. Por último, importa distinguir a auto-determinação, a independência, o auto-controlo, a resistência à pressão cultural e a capacidade de auto-avaliação, em função de valores e objectivos pessoais, como sendo algumas das qualidades fundamentais do Bem-Estar Psicológico. Ao longo do processo de individuação denota-se um afastamento progressivo em relação às normas e convenções sociais isto é, um sentimento de liberdade cada vez maior.

Estas seis dimensões, teoricamente suportadas, foram operacionalizadas empiricamente, sendo que para isso, foi desenvolvida uma escala do tipo Likert em que cada escala simetriza o nome da dimensão que lhe corresponde (Scales of Psychological Well-Being - SPWB).

No entanto, a modalidade de avaliação é a auto-avaliação pelo que, de facto o que se avalia é a percepção subjectiva, relativa aos diferentes domínios.

Assim, não obstante ao referido anteriormente, no que concerne ao Bem-Estar Psicológico cabe ressaltar que “a avaliação da normalidade, da adaptação, do ajustamento da personalidade e do comportamento, ou da saúde mental, deve ser considerada com base na qualidade e na harmonia dos processos psicológicos e não com base nos conteúdos das vivências” (Novo, 2000). Na verdade, “as experiências subjectivas e os valores não podem constituir-se como critérios de saúde mental”. Ou seja, “o contributo específico da psicolo-

gia, será o de focar os processos envolvidos nas experiências subjectivas da vida psicológica e não tanto os valores específicos ou os ideais de vida” (Novo, 2000). O melhor indicador de Bem-Estar pessoal, do funcionamento psicológico positivo ou da saúde mental, enquanto construto (integrador e global) é o Bem-Estar Psicológico.

Modelo salutogénico

O modelo salutogénico insere-se no âmbito do modelo de saúde positiva - Salutogénico - de Aron Antonovsky (1987). Antonovsky, com este modelo, procura identificar quais os mecanismos que poderão predispor o indivíduo para a saúde ou, por outras palavras, que factores estão implicados na manutenção de um bem-estar físico e psicológico.

O modelo de Antonovsky, tal como o modelo de Bem-Estar Psicológico de Carrol Ryff, preocupa-se com os factores que promovem a saúde, e não apenas com os factores que causam a doença, e conceptualiza o desenvolvimento normal, e a saúde mental, enquadrados dentro de um contínuo (Antonovsky, 1987, 1993a).

Pressupostos

A partir da concepção inicial de que a saúde e a doença se encontram num mesmo contínuo, Antonovsky começou por se preocupar com todos os factores que poderiam estar implicados no movimento ao longo desse contínuo. Assim, passou também a dedicar atenção aos recursos disponíveis para lidar com o amplo leque de factores stressores e patogénicos (Antonovsky, 1987). Na sua opinião, o indivíduo encontra-se e encontrar-se-á sempre exposto a situações de risco, e de alto risco, sendo por isso importante perceber como se poderá viver bem na presença de factores stressores e condicionantes, e como se poderá retirar vantagem de alguns deles.

O modelo salutogénico considera que o indivíduo é governado por um desequilíbrio onde existe espaço tanto para o caos como para o restabelecimento desse mesmo caos (Lustig, Rosenthal, Strauser, & Haynes, 2000). Para A. Antonovsky a saúde/doença não é um estado passivo, mas antes um processo, instável, activo e dinâmico. O autor recorre ao conceito de entropia, de forma a descrever o equilíbrio/desequilíbrio característico do estado de saúde

de qualquer Ser humano: “*The human organismo is a system and, like all systems, it is a mercy of the power of entropy*” (Antonovsky, 1993a). Entropia é um conceito eminente à termodinâmico que se refere à tendência universal das partículas para se movimentarem até atingirem o estado de máxima desordem. Quanto menor for a entropia maior será a ordem e a organização do sistema, e mais instável este será, tendendo a evoluir para um estado mais estável, correspondente a uma maior entropia. Assim, Estabelecendo um paralelo com a saúde, o desequilíbrio tende a ser constantemente restabelecido. Assim sendo tomam importância acrescida todos os recursos a que o indivíduo possa recorrer para restabelecer o equilíbrio perdido a que A. Antonovsky chamou “*generalized resistance resources*”. Estes agentes têm em comum o facto de promoverem experiências de vida que se caracterizam por serem consistentes, ponderadas (“underload/overload”) e em que há participação na tomada de decisão (Antonovsky, 1985, 1993a).

Numa tentativa de responder à questão de, o que é que no indivíduo facilita ou promove a sua saúde, Antonovsky procura quais as forças ou recursos que reduzem esse caos. Nesta perspectiva, a forma como o indivíduo lida com a pressão despertada por stressores irá condicionar a sua movimentação ao longo do contínuo saúde-doença.

Sentido de Coerência Interno (SOC)

O SOC pode ser compreendido como uma orientação generalizada para o mundo ou para a vida, referente a uma grande variedade de estímulos, passados e futuros, que expressa em que medida o indivíduo percepciona as experiências de vida como dinamicamente compreensíveis, manejáveis e significativas (Antonovsky, 1985): Compreensíveis, (“*Comprehensibility*”) na medida em que um determinado estímulo, interno ou externo, poderá ser encarado como mais ou menos estruturado, coerente, ordenado, predizível, coesivo, claro e explicável; Manejáveis, (“*Manegeability*”) no sentido em que o indivíduo poderá acreditar, ou não, que possui os recursos, pessoais e sociais desejáveis, suficientemente adequados para lidar da melhor forma com as exigências que lhe são impostas; Significativas (“*Meaningfulness*”) no que se refere à forma como o indivíduo poderá encarar essas mesmas exigências,

ou seja, acreditando que as exigências poderão ser desafios, um investimento valioso, audacioso, corajoso e um compromisso (Antonovsky, 1985, 1987). Estas três componentes permitem, assim, que o indivíduo percepcione, coerentemente, o mundo e seja capaz de lidar, eficazmente, com a pressão associada aos stressores e, conseqüentemente, se situe numa posição saudável no contínuo saúde-doença.

De salientar que o Sentido de Coerência Interno não deve ser encarado como uma estratégia de coping nem como determinante de padrões de comportamento ou de estratégias de *coping* específicas. Devemos sim considerar que irá determinar a percepção e interpretação que se faz das experiências de vida. Deste modo, um indivíduo que revele um Sentido de Coerência Interno forte poderá vir a utilizar estratégias de *coping* mais adaptativas e adequadas a determinada situação.

Antonovsky (1987) salienta, que o Sentido de Coerência Interno é uma orientação que emerge a partir da infância, adolescência, e no início da idade adulta. O autor ressalva contudo, que é possível que esta orientação se modifique e se movimente durante e após a idade adulta, admitindo uma certa manejabilidade não obstante considerar que, na idade adulta, este já se encontraria estabilizado em determinado ponto do contínuo.

Preocupados com esta questão da estabilidade ou instabilidade do Sentido de Coerência Interno, muitos têm sido os estudos que surgem neste sentido. Não sendo amplo o consenso, parece que os resultados vêm confirmar o referido anteriormente, já que não foram encontradas diferenças significativas entre o Sentido de Coerência Interno de grupos com diferentes idades, assim como, também não foi verificada estabilidade quando o indivíduo é exposto a múltiplos traumas em simultâneo (Feldt, Leskinen, Kinnunen, & Ruoppila, 2003; Snekkvik, Anke, Stanghelle, & Fugl-Meyer, 2003).

Bem-estar Psicológico e Sentido Interno de Coerência na velhice

Sabemos que, de facto, as pessoas não envelhecem da mesma forma e que indivíduos em condições semelhantes de doença física a vivenciam de forma diferente, podendo, nomeadamente, apresentar maior ou menor Bem-Estar ou maior ou menor estado de saúde

auto-percepcionado (Ramos, 2003). Assim, e de acordo com uma definição multidimensional do que é saúde ou doença, uma das questões é a de saber quem é que adocece, física ou psicologicamente, e porquê. O sentido e o objectivo de vida parecem surgir como aspectos fundamentais na ponderação das características da saúde mental. Não obstante, o *self*, em relação com o mundo interpessoal, oferece-se como o aspecto fulcral, comum às múltiplas vias que conduzem à saúde física e mental (McAdams, 1994 cit por Novo, 2000).

Ao perspectivarmos o Bem-Estar Psicológico, tal como referido anteriormente, como um indicador global da saúde mental, interessa compreender o que poderá estar subjacente às variações do Bem-Estar Psicológico ou, por outras palavras, quais as fontes de Bem-Estar Psicológico. Os dados obtidos não parecem surgir de forma congruente, no entanto, Ryff (1995) e Keys et al. (2002) ressaltam que, colectivamente, os estudos parecem demonstrar que as características sócio-demográficas, experiências de vida e as interpretações das mesmas parecem surgir como o melhor caminho para a compreensão dessas variações.

Por outro lado, de acordo com Geada (1996), stress e coping parecem surgir como duas noções fundamentais na compreensão da relação, complexa, entre factores psicológicos, psicossociais e saúde. Neste ponto de vista, poder-se-á encarar o stress como o conjunto dos factores de pressão a que o meio físico e social expõe o indivíduo, e o *coping* como o conjunto dos processos utilizados pelo indivíduo para lidar com essa mesma pressão. Assim, estilos de *coping* que se destaquem por uma tentativa de integrar, interpretar e dar significado às experiências, parecem conduzir a uma maior resistência na exposição a factores negativos ou de pressão. Neste contexto, também o modelo Salutogénico de Antonovsky e mais especificamente o conceito por ele desenvolvido (SOC - Sentido de Coerência Interno) tem vindo, indubitavelmente, a suscitar cada vez mais interesse, debate e, conseqüentemente, um crescendo de estudos a si associados. A relação do Sentido de Coerência Interno com variáveis da saúde, e mais especificamente, o seu papel no funcionamento psicológico emerge insipidamente. É neste enquadramento que a relação do Sentido de Coerência Interno com o Bem-Estar Psicológico tem vindo a ser alvo de reflexão por muitos outros investigadores: Feldt, Metsapelto, Kinnunen, and Pulkkinen (2007); Gana (2001); Olsson, Hansson, Lund-

blad, and Cederblad (2006); Antonovsky (1985); Pallant and Lae (2002); Steiner et al. (1996). Gana (2001) num estudo que pretende, fundamentalmente, contribuir para o esclarecimento do papel do Sentido Coerência Interno no funcionamento psicológico, conclui que o efeito de experiências adversas é mediado pelo Sentido de Coerência Interno. Desta forma, indivíduos com fraco Sentido de Coerência Interno denotam maior vulnerabilidade aos efeitos das experiências adversas. Do mesmo modo, os resultados obtidos por Pallant and Lae (2002) ao investigar a relação entre o Sentido de Coerência Interno e diferentes medidas preditoras de saúde, confirmam a relação entre o Sentido de Coerência Interno e o Bem-Estar Psicológico, apesar de a natureza correlacional do estudo não permitir identificar o sentido das relações de causalidade.

O presente estudo encontra a sua motivação nesta preocupação polémica de compreender quais as fontes de variação do Bem-Estar Psicológico. Como estratégia adopta como população alvo os idosos, por considerar que as relações entre saúde e Bem-Estar são inevitavelmente mais estreitas na velhice. É com este propósito que o conceito Sentido de Coerência Interno ganha importância neste estudo. O Sentido de Coerência Interno oferece-se como determinante da percepção e da interpretação que o indivíduo faz das experiências de vida e, portanto, assume o caminho previsto anteriormente por Ryff (1995).

Têm sido diversas as investigações que se implicam no estudo de quais os factores ou processos (psicológicos ou sociais) que se encontram subjacentes a um melhor envelhecimento, uma melhor qualidade de vida e um maior Bem-Estar (Jopp & Rott, 2006; Nygren et al., 2005; Steiner et al., 1996; Gana, 2001; Antonovsky, 1985; Ryff, 1995, 1995). O nível de escolarização, a saúde, a rede social, as estratégias de coping (como supra citado), e o Sentido de Coerência Interno são alguns exemplos de processos e variáveis que poderão contribuir para o Bem-Estar Psicológico. Gana e Garnier (2001), num estudo que pretende avaliar o papel mediador do Sentido de Coerência Interno, no Bem-Estar Psicológico de adultos, confirma a função reguladora do Sentido de Coerência Interno, e conclui que, sendo o Sentido de Coerência Interno fundamental na habilidade em lidar com stress e na resiliência de cada um, deverá, consequentemente, actuar como mediador na relação entre stressores e saúde

mental.

O presente trabalho, ancorado no modelo de saúde positiva de C. Ryff e de A. Antonovsky, pretende identificar e caracterizar o Bem-Estar Psicológico em população Portuguesa, no que é específico da velhice, e compreender a relação e, possivelmente, o papel preditor do Sentido de Coerência Interno.

Metodologia

A presente investigação constitui-se como um estudo exploratório, direccionado a um restrito recorte na comunidade da região litoral oeste de Portugal e baseia-se numa abordagem quantitativa. Os constructos e as variáveis foram operacionalizadas a partir dos instrumentos edificados pelos autores que desenvolveram os referenciais teóricos que lhes estão subjacentes.

Questão inicial

A partir da questão inicial - “*Como se caracteriza o Bem-estar de idosos com mais de 65 anos e quais os seus factores precipitantes ou preditores?*” - decorreu o processo exploratório da investigação (revisão de literatura, selecção de instrumentos, recolha da amostra e análise quantitativa).

Aspectos conceptuais

Após ter sido realizada uma pesquisa bibliográfica e uma análise da literatura, foi tomada como referência para esta investigação a perspectiva teórica e metodológica de Bem-Estar Psicológico de C. Ryff (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). As razões subjacentes à escolha deste referencial teórico descritas no Capítulo primeiro, prendem-se, em termos gerais, com o facto deste modelo integrador surgir como uma viragem ao nível conceptual e metodológico no estudo do Bem-Estar que até então fora perspectivado de forma reducionista.

Por outro lado, o modelo Salutogénico de A. Antonovsky tem, também, um papel fundamental nesta investigação. Este, conforme salientado no Capítulo primeiro, insere-se no âmbito do modelo de saúde positiva e investe na procura e identificação dos factores, ou processos, que predis põem o individuo para a saúde mental e saúde em geral. Este referencial encontra no Sentido de Coerência Interno a resposta a este problema, na medida em que o considera como determinante na regulação dos níveis de saúde e Bem-Estar.

Por fim, a opção por uma amostra de população com idade superior a 65 anos, também

previamente abordada, reforça-se pelo facto de esta ser uma população ainda pouco estudada em Portugal e registar maior escassez de intervenções bem dirigidas e perspectivadas.

Objectivos

No limite, este trabalho ambiciona, num primeiro momento, ser mais um contributo para o conhecimento e compreensão de população idosa em Portugal e, num segundo momento, constituir-se como mais um impulsionador de intervenções mais eficazmente orientadas para as especificidades desta população.

Deste modo, pode-se considerar como objectivo geral deste estudo: Compreender o Bem-Estar Psicológico da população idosa em Portugal. A partir deste, podem-se destacar os objectivos mais específicos: a) caracterizar o Bem-Estar psicológico em idosos da região litoral oeste; b) compreender a relação entre o Bem-Estar Psicológico de idosos e o Sentido de Coerência Interno; c) investigar o possível papel preditor do Sentido de Coerência Interno no Bem-Estar Psicológico dos idosos.

Procedimento

Seleção da amostra

De acordo com os objectivos e delineamento apresentados anteriormente, foram estabelecidos alguns critérios de selecção de participantes, dentro dos indivíduos de ambos os sexos com idade superior a 65 anos em condições normais de vida. Esses critérios foram os seguintes: residência em casa própria, em casa de familiares ou em lar; ausência de doença física, em fase aguda; ausência de doença ou história de doença psiquiátrica.

Foram realizados contactos com diferentes instituições orientadas para esta população bem como, contactos pessoais directos com idosos, em domicílio próprio. Constituiu-se, uma amostra de conveniência em que os idosos, preenchendo as condições de inclusão na amostra e assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados, voluntariamente, se disponibilizaram a participar na investigação.

Caracterização da amostra

A presente amostra é composta por 30 sujeitos, dos quais 21 do sexo feminino (70% da amostra) e 9 do sexo masculino (30% da amostra). A idade média na amostra é de 82 anos (mínimo 65, máximo 97) com um desvio padrão de 8.2 anos.

Quanto ao estado civil dos sujeitos da amostra a sua larga maioria encontra-se viúvo (70%), sendo ainda de referir, que o número de sujeitos solteiros (23.3%) é superior ao número de sujeitos casados (3.3%) ou divorciados (3.3%).

Relativamente às áreas de actividade, profissões e nível de escolaridade dos sujeitos da amostra, verifica-se que, de acordo com a classificação do Índice Nacional de Profissões, a maior parte se situa na área da agricultura e pesca (26.7%) e dos trabalhadores não qualificados (26.7%). No que concerne ao nível de escolaridade, o ensino primário é o mais frequente (46.7%) apesar de se verificar também elevado número de sujeitos sem escolaridade (40%). De referir, ainda, que todos os sujeitos da amostra se encontram, actualmente, reformados.

Na sua larga maioria, os sujeitos da amostra não residem nem com cônjuge nem com a família mas sim em lar (93.3%). Para a maioria dos sujeitos (40%) o seu agregado familiar constitui-se por duas pessoas, enquanto que para 23.3% dos sujeitos o seu agregado familiar se constitui por uma pessoa, para 6.7% dos sujeitos se constitui por 4 pessoas, para 10% dos sujeitos se constitui por 3 pessoas, para 6.7% dos sujeitos se constitui por 6 pessoas e para 3.3% dos sujeitos se constitui por 5 pessoas.

No que se refere à religiosidade, todos os sujeitos revelam ter crenças religiosas (100%), apesar de nem todos terem práticas religiosas (96.7% têm práticas religiosas). Por último, a maioria da amostra revela ter ocupação nos seus tempos livres, dentro e fora de casa, pelo menos durante o último ano (93.3%).

Instrumentos utilizados

No presente estudo foi utilizado um questionário sócio-demográfico e duas escalas de auto-avaliação, nas suas versões portuguesas: Escalas de Bem-Estar Psicológico (Novo,

Silva, & Peralta, 1997; Novo, 2000) e o Sense of Coherence Questionnaire (SOC) de Geada (1997).

Questionário sócio-demográfico.

O questionário sócio-demográfico utilizado foi desenvolvido tendo em consideração a faixa etária da amostra e, portanto, envolve questões relativas a condições de vida específicas e às percepções pessoais sobre saúde e religião.

Tendo em vista facilitar a relação interpessoal entre o investigador e cada participante, após breve explicitação sobre o âmbito da presente investigação, procedeu-se à recolha dos dados sócio-demográficos em formato de entrevista semi-estruturada.

As respostas ao questionário sócio-demográfico podem ser compreendidas em três blocos: variáveis sócio-demográficas, variáveis psicossociais e variáveis de saúde. O primeiro bloco integra nomeadamente, sexo, idade, habilitações académicas, tempo de reforma, profissão (antes e depois da reforma), agregado familiar (número pessoas e parentesco), área de residência e tipo de residência (casa própria, de familiar, lar ou outro). O segundo bloco, permitindo conhecer um pouco a dinâmica social e relacional do idoso, aborda a religiosidade (crenças e práticas religiosas) e ocupação dos tempos livres (dentro e fora de casa). Relativamente ao terceiro bloco, este permite aceder à percepção subjectiva de saúde do idoso, nomeadamente a presença ou ausência de doença física ou mental (apesar de previamente terem sido asseguradas as condições de inclusão na amostra).

Escala de Bem-Estar Psicológico (versão reduzida).

Ao longo dos anos, o estudo do Bem-Estar tem vindo a ser alvo de mudanças significativas. Apesar de actualmente se verificar uma mudança na forma de perspectivar o funcionamento positivo e a saúde mental, pode-se destacar o facto de, a princípio, importar constatar a ausência de disfunção psicológica ou de perturbação mental.

Não obstante esta importante mudança na forma de como perspectivar a saúde mental, surge uma nova questão impulsionadora de uma nova viragem. Esta interroga-se sobre o carácter redutor ao nível descritivo e explicativo da linha de investigação que prevalecia até à

data e que se designava por Bem-Estar Subjectivo e se ancorava nas dimensões anteriormente referidas, satisfação com a vida e felicidade.

O modelo teórico desenvolvido por Ryff (1989); Ryff and Keyes (1995) pretende, exactamente, compreender o funcionamento mental normal a partir do reconhecimento da existência de recursos psicológicos. Ryff (1989) concebe, então, um modelo multidimensional, com novos indicadores de Bem-estar que vão além da satisfação com a vida e da felicidade. Esta nova proposta representa uma mudança a nível não só teórico mas também conceptual.

C. Ryff considera que, na base da concepção, definição e operacionalização do Bem-Estar terão de se encontrar as dimensões essenciais da saúde mental (Ryff, 1989; Ryff & Essex, 1992; Ryff & Keyes, 1995).

O modelo que propõe é designado por Bem-Estar Psicológico e contempla um conjunto de características afectivas e cognitivas. Estas características, afectivas e cognitivas foram compreendidas em seis dimensões diferentes: Aceitação de Si; Crescimento Pessoal; Objectivos de Vida; Relações Positivas com os Outros; Domínio do Meio e Autonomia (Ryff, 1989; Ryff & Essex, 1992; Ryff & Keyes, 1995).

De forma a operacionalizar estas seis dimensões, C. Ryff desenvolveu uma escala de auto-avaliação que integra seis escalas, cada uma delas relativa a uma dimensão específica e com o nome correspondente. O conjunto das seis escalas designa-se por: Escalas de Bem-Estar psicológico (*Scales of Psychological Well-Being - SPWB*). As seis escalas, construídas e validadas como medidas independentes, podem ser aplicadas conjuntamente. As escalas são apresentadas como um inventário de auto-avaliação que resulta de uma mistura alternada dos itens que lhe são correspondentes. Estes últimos caracterizam-se por afirmações de carácter descritivo sendo que, a modalidade de resposta é do tipo Likert, com seis categorias; 1- Discordo completamente; 2- Discordo em grande parte; 3- Discordo parcialmente; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo em grande parte; 6- Concordo completamente. Por forma a controlar a tendência para a aquiescência e por razões teóricas relativas ao constructo a avaliar, cerca de metade dos itens de cada escala são positivos e outra metade negativos. Os itens positivos identificam características positivas, convergentes à dimensão a que corre-

spondem, e são cotados com a pontuação correspondente à resposta assinalada (pontuação ordenada de 1 a 6). Os itens negativos identificam características negativas à condição de Bem-Estar e são cotados com uma pontuação em escala inversa (pontuação reordenada de 6 a 1). O resultado final de cada escala permite identificar o grau de intensidade das características, teoricamente, subjacentes ao domínio avaliado.

Na sua versão original, as escalas de Bem-Estar Psicológico constituem-se por um conjunto de 20 itens por escala (120 ao todo) (Ryff, 1989). Os primeiros estudos de validação do constructo, foram efectuados a partir desta escala. Estudos que revelaram um bom nível de consistência interna para cada escala (Coeficientes entre 0.86 e 0.93), grande estabilidade temporal (Coeficientes entre 0.81 e 0.88) e índices adequados de validade convergente e discriminante com outras medidas. Em 1992, uma nova forma de escalas foi proposta por Ryff and Essex (1992), esta com 14 dos 20 itens por escala (um total de 84 itens). Esta forma reduzida apresenta níveis de consistência interna adequados (coeficientes entre 0.86 e 0.93), correlações elevadas com as escalas originais (*alpha Cronbach* entre 0.83 e 0.91) e estabilidade temporal (Ryff, 1991). Uma nova forma, ainda mais reduzida, veio, mais tarde, a ser desenvolvida. Desta vez com 3 itens por escala, com um total de 18 itens. Esta nova forma, apresenta valores de correlação com as escalas originais, de 20 itens, entre 0.70 e 0.89 (Ryff & Keyes, 1995).

A adaptação das escalas à língua portuguesa foi realizada a partir da forma constituída por 84 itens, proposta por Ryff and Essex (1992). A construção da versão portuguesa das escalas decorreu essencialmente entre 1996 e 1997 (Novo et al., 1997). Num primeiro estudo de validação entre a versão original (língua inglesa) e a versão experimental (língua portuguesa) verificou-se a equivalência de conteúdos entre estas duas versões, índices de consistência interna e temporal adequados das diversas medidas (*alpha de Cronbach* entre 0.74 e 0.86 para as seis escalas e 0.93 para o conjunto das escalas) e uma sensibilidade das medidas à diferenciação interindividual e, em alguns casos, em função da idade e do sexo (Novo et al., 1997). Neste estudo, foi ainda proposto um índice global de Bem-Estar, dando conta de grande parte da variação de resposta às seis escalas básicas, oferecendo-se como um

indicador essencial na avaliação do constructo, em contextos de investigação. Novo (2000) acrescenta ainda, que através de uma factorialização das medidas globais de Bem-Estar Psicológico, estas mostram-se mais úteis, especialmente no caso da população idosa (mais de 65 anos), onde se verifica uma relativa homogeneidade na avaliação das diferentes dimensões de Bem-Estar, ao contrário da que prevalece nos outros grupos etários. Não obstante, Novo (2000) ressalva que na avaliação clínica ou no estudo intraindividual, o resultado global de Bem-Estar deverá manter o papel complementar, já que as medidas por escala são as que mostrarem maior sensibilidade, nomeadamente, no que concerne a diferenças importantes neste domínio de estudo.

The Sense of Coherence Questionnaire (SOC - versão reduzida).

Que factores estão na origem da recuperação da doença? Porque é que algumas pessoas permanecem saudáveis apesar das interferências negativas a que estão expostas? O que poderá existir de especial nestas pessoas?

Estas são algumas das questões que se colocam a muitos de nós e que se tornam objecto de reflexão e estudo para muitos investigadores na área da saúde em geral mas também da saúde mental. Surge pois a preocupação e o interesse em compreender quais são os recursos efectivos que promovem a saúde ou, por outras palavras, o que poderá haver em comum nos sujeitos que, apesar de igualmente expostos a estímulos patogénicos, se mantêm no contínuo saúde doença, mais perto da saúde.

São também estas questões que orientam o percurso de A. Antonovsky, autor do Modelo Salutogénico. A esta questão o autor responde desenvolvendo o conceito “*Sense of Coherence*” (SOC), em português, Sentido de Coerência Interno (Antonovsky, 1987). Como fontes o autor destaca o papel das experiências de vida como promotoras do desenvolvimento de um Sentido de Coerência Interno forte. Define Sentido de Coerência Interno como uma aptidão interna, global, para perceber, interpretar e dar significado às experiências stressantes da vida e que permite, portanto, posicionar o indivíduo numa orientação para a saúde, tanto física como mental (Antonovsky, 1987; Geada, 1996). Esta orientação global, traduzida num sentimento de confiança generalizado, estável apesar de dinâmico, reflecte-se

nos seguintes aspectos: o estímulo (interno ou externo) é percebido como sendo estruturado, previsível, consistente e explicável (“*Comprehensibility*”); o indivíduo reconhece a existência de recursos adequados para fazer face à diversidade de estímulos com que é diariamente confrontado (“*Manegeability*”); e por último, as exigências que o indivíduo se confronta acabam por se constituir como desafios merecedores de investimento e empenho e não algo a ser evitado (“*Meaningfulness*”) (Antonovsky, 1987).

A. Antonovsky operacionaliza o constructo desenvolvendo um questionário de auto-avaliação composto por 29 itens, na versão longa, e 13 itens, na versão reduzida. Neste questionário é pedido aos sujeitos que seleccionem uma resposta a partir de uma escala diferencial semântica de 7 pontos, que encontra nos seus extremos, duas frases opostas.

O constructo Sentido de Coerência Interno medido pelo questionário é suposto, teoricamente, englobar as três sub-dimensões, já referidas designadas como: 1 - Significabilidade; 2 - Compreensibilidade; 3 - Manejabilidade. A versão longa, composta por 29 itens, inclui teoricamente 8 itens que definem a sub-dimensão Significabilidade, 11 itens que definem a sub-dimensão Compreensibilidade e, 10 itens que definem a sub-dimensão Manejabilidade. Já a versão reduzida do questionário, constituída por 13 itens, contém 4 itens relativos à sub-dimensão Significabilidade, 5 itens relativos à sub-dimensão Compreensibilidade e 4 itens relativos à sub-dimensão Manejabilidade. Na versão longa, 13 dos itens são formulados pela negativa pelo que, aquando da cotação, as pontuações são invertidas de forma a que uma pontuação elevada expresse sempre um Sentido de Coerência Interno forte. Na versão reduzida também encontramos esta mesma situação, mas agora em apenas 5 itens.

Ambas as versões têm revelado coeficientes de consistência interna muito satisfatórios nas múltiplas versões linguísticas já existentes (Antonovsky, 1993b). Antonovsky (1993b), num estudo que pretende averiguar as propriedades psicométricas da escala a partir de estudos conduzidos em 20 países diferentes, verifica que em 26 estudos com recurso à versão longa da escala, os coeficientes *alpha de Cronbach* variam entre 0.82 e 0.95. Verifica ainda que, em 16 estudos com recurso à versão reduzida da escala, o coeficiente de *alpha de Cronbach* varia entre 0.74 e 0.91. Quanto à validade, a escala tem vindo a demonstrar bons

índices de validade convergente e elevada validade de construto (Antonovsky, 1993b; Frenz, Carey, & Jorgensen, 1993; Gana & Garnier, 2001; Strumpfer, Gouws, & Viviers, 1998).

Em Portugal, o interesse e investigação nesta área tem-se mostrado crescente, pelo que já existe uma versão deste questionário, nas versões longa e reduzida, adaptada por Geada (1990, 1996, 1997) à população portuguesa. A versão Portuguesa tem vindo a ser utilizada em estudos, do mesmo autor, e tem vindo a demonstrar boas propriedades psicométricas e validade empírica substancial. Pode-se destacar o valor do coeficiente de consistência interna *alpha de Cronbach* de 0.79 obtido num estudo do referido autor com uma amostra de 114 adultos, de ambos os sexos, com uma média de idades de 31.5 anos (Geada, 1996). Tal como referido anteriormente, estudos de validade convergente têm vindo a ser feitos e também em Portugal se tem verificado correlações elevadas com níveis de Bem-Estar físico, psicológico e social (Geada, 1996).

Como se referiu, o construto medido pelo questionário, engloba três dimensões (Significabilidade, Compreensibilidade e Manejabilidade) e que, de acordo com Antonovsky (1987, 1993a, 1993b), estas três dimensões encontram-se intercorrelacionadas. O autor salienta que as três dimensões não devem ser encaradas como construtos independentes, pois a escala foi desenvolvida para captar uma orientação global, isto é, o Sentido de Coerência Interno.

Esta tridimensionalidade da escala parece ser um alvo de eminente discussão, que, até há pouco tempo, não teria sido demonstrada por ausência de estudos orientados nesse sentido. Nos últimos anos têm sido reportados novos estudos com essa preocupação nos quais parece poder encontrar-se alguma unanimidade (Antonovsky, 1993b; Frenz et al., 1993; Geada, 1997; Klepp, Mastekaasa, Sorensen, Sandanger, & Kleiner, 2007). Os resultados parecem corroborar a visão de A. Antonovsky de que o questionário mede uma única aptidão, um único factor comum.

Resultados

Análise dos Resultados

Após recolha da amostra e com intuito de se proceder ao tratamento estatístico dos resultados, recorreu-se ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 for Windows*.

Numa primeira fase, foi realizada a análise descritiva de forma a caracterizar a amostra em função dos dados recolhidos através do questionário sócio-demográfico e das escalas de auto-avaliação relativas ao Bem-Estar Psicológico e ao Sentido de Coerência Interno. De ressaltar que, no que respeita a estas duas últimas escalas, a análise incidiu não só sobre o resultado global de cada uma, como também incidiu sobre os resultados relativos às diferentes sub-escalas que as constituem. Relativamente aos resultados ao nível do Bem-Estar Psicológico foi, ainda, realizada uma análise descritiva referente a dois grupos de sujeitos que se distinguiram pelo resultado obtido na escala de Bem-Estar Psicológico abaixo do Percentil 25 e acima do Percentil 75.

Numa segunda fase, com o objectivo de compreender a relação entre o Bem-Estar Psicológico e o Sentido de Coerência Interno, foi realizada a análise das correlações. Foi calculado o coeficiente de correlação entre os resultados globais da escala de Bem-Estar Psicológico e da escala do Sentido Coerência Interno, entre estes e as sub-escalas que as constituem e, entre as sub-escalas das duas escalas. Esta análise foi realizada através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

De seguida, numa terceira fase, procedeu-se à análise dos resultados ao nível do Bem-Estar Psicológico e do Sentido de Coerência Interno através do teste U *Mann-Whitney*. De referir que, para tal, recorreu-se aos dois grupos de sujeitos que diferiam em relação aos resultados extremos de Bem-Estar Psicológico (Percentil 25 e Percentil 75).

Por último, por forma a verificar o possível papel preditor do Sentido de Coerência Interno no Bem-Estar Psicológico, procedeu-se à realização de uma regressão linear.

Resultados globais

De seguida, apresentam-se os resultados descritivos (número de constituintes da amostra, percentagem, média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentis 25 e 75) relativos ao Bem-Estar Psicológico e ao Sentido de Coerência Interno. No quadro 1, registam-se os dados descritivos referentes aos resultados globais de cada escala, enquanto que, no quadro 2, se registam os dados descritivos referentes às respectivas sub-escalas. No quadro 3, encontram-se os resultados descritivos relativos aos dois grupos de sujeitos formados em função do resultado, obtido na escala de Bem-Estar Psicológico se situar abaixo do Percentil 25 ou acima do Percentil 75.

Quadro 1:: Resultados descritivos dos dados globais relativos às escalas de BEP e do SOC

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
BEP						
(n = 30)	74.1	9.6	54	92	65	80
SOC						
(n = 30)	63.5	11.5	32	84	58.8	71.5

Ainda, com o objectivo de compreender a forma como os resultados, ao nível do Bem-Estar Psicológico e do Sentido de Coerência Interno, se distribuem pelas sub-escalas que os constituem, procedeu-se à análise descritiva das mesmas. A partir do quadro 2 e das figuras 1 e 2, pode-se constatar que relativamente ao Bem-Estar Psicológico, comparando os resultados obtidos pelas seis sub-escalas que o constituem, a sub-escala Aceitação de Si é a que revela um valor médio superior (13.5) enquanto que a sub-escala Objectivos de Vida é a que revela um valor médio inferior (10). Relativamente ao Sentido de Coerência Interno, comparando, também, os resultados obtidos pelas três escalas, verifica-se que a sub-escala Compreensibilidade é a que apresenta um valor médio superior (22.9) enquanto que a sub-escala Manejabilidade é a que apresenta um valor médio inferior (19.2).

Ainda, no que concerne aos resultados de Bem-Estar Psicológico, agrupando os sujeitos da amostra em função do seu resultado se situar abaixo do percentil 25 ou acima do percentil

Quadro 2:: Resultados descritivos das sub-escalas de BEP e do SOC

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
BEP (n = 30)	Autonomia	12.7	3.2	7	18
	Domínio do Meio	12.5	3.4	4	18
	Crescimento Pessoal	12.9	2.8	6	17
	Relações Positivas	12.3	3.3	6	18
	Objectivos de Vida	10.0	3.1	4	16
	Aceitação de Si	13.5	3.4	3	18
SOC (n = 30)	Significabilidade	20.9	4.6	11	28
	Manejabilidade	19.2	4.7	7	28
	Compreensibilidade	22.9	5.3	10	32

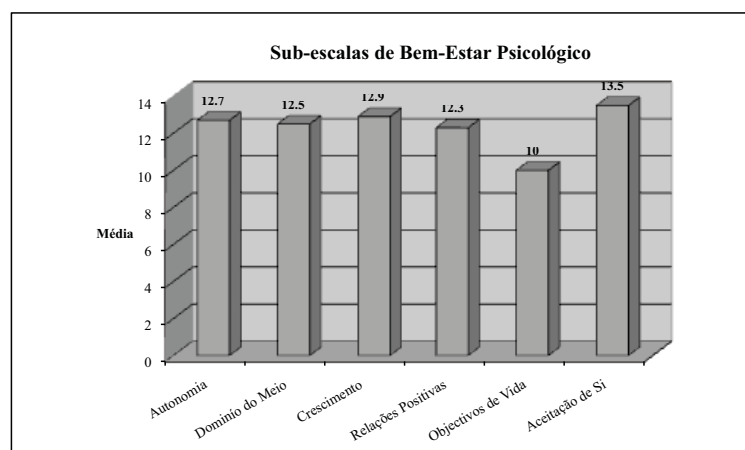


Figura 1. : Resultados descritivos das sub-escalas de BEP.

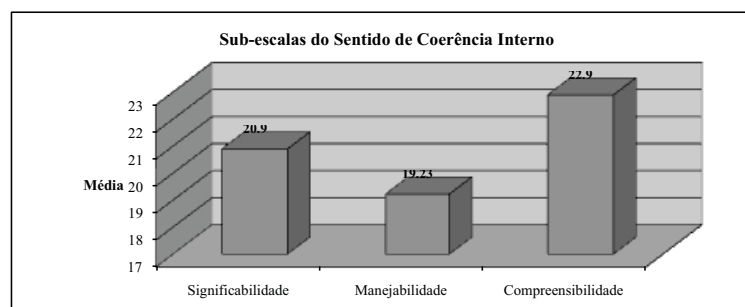


Figura 2. : Resultados descritivos das sub-escalas de SOC.

75, o quadro3 indica-nos que, dos 16 sujeitos que preenchem esse requisito e constituem esses dois grupos, mais de metade (56.2%) obtém valores iguais ou superiores ao percentil 75 (80).

Quadro 3:: Resultados de BEP por grupos extremos em função do Percentil 25 e 75

BEP		
	Grupo 1 (igual ou inferior ao Percentil 25)	Grupo 2 (igual ou superior ao Percentil 75)
n	7	9
%	43.8	56.2
Total n	16	

Análise das correlações

De forma a compreender a relação entre o Bem-Estar Psicológico de Idosos e o Sentido de Coerência Interno recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson. No quadro 4 apresentam-se os coeficientes obtidos.

Tal como esperado, a associação entre os resultados globais de Bem-Estar Psicológico e do Sentido de Coerência Interno, revela-se média e significativa ($r=.59$ a $p<.01$), e adopta um sentido positivo, ou seja, parece haver uma tendência para que sujeitos que apresentem maior Bem-Estar Psicológico também revelem maior Sentido de Coerência Interno.

Os resultados globais da escala de Bem-Estar Psicológico surgem ainda, naturalmente,

Quadro 4:: Correlações de Pearson entre os resultados globais e os resultados das sub-escalas das escalas de BEP e do SOC

		BEP						SOC			
		A.	D.M.	C. P.	R. P.	O. V.	A. S.	SOCtotal	Sig.	Man.	Comp.
BEP	BEPtotal	.47**	.54**	.39*	.23	.60**	.69**	.59**	.04	.56**	.41*
	(A.) Autonomia		.34	-.03	-.17	.17	.08	.28	-.07	.22	.13
	(D.M.) Domínio do Meio			-.16	-.04	.17	.18	.57**	-.02	.41*	.49**
	(C.P.) Crescimento Pessoal				.11	.23	.17	.09	-.01	.25	.002
	(R.P.) Relações Positivas					-.19	.14	-.005	-.13	.02	-.08
	(O.V.) Objectivos de Vida						.47**	.19	.35	.34	.29
	(A.S.) Aceitação de Si							.41*	.17	.42*	.34
SOC	SOCtotal								.15	.82**	.84**
	(Sig.) Significabilidade									.24	.01
	(Man.) Manejabilidade										.58**
	(Comp.) Compreensibilidade										

Nota: n = 30

* correlação estatisticamente significativa a .05

** correlação estatisticamente significativa a .01

associados de forma significativa e positiva com a maioria das sub-escalas que o constituem, à excepção da sub-escala Relações positivas, cuja associação não se revela significativa. De referir, ainda, que estes também apresentam uma associação significativa e positiva com duas das três sub-escalas do Sentido de Coerência Interno (Manejabilidade, $r=.56$ a $p<.01$ e Compreensibilidade, $r=.41$ a $p<.01$).

No que concerne à associação entre resultados globais da escala do Sentido de Coerência Interno e as das sub-escalas que a constituem, esta apresenta-se, também, naturalmente, como fortemente significativa e em sentido positivo, mas, neste caso, apenas para duas das três sub-escalas (Manejabilidade, $r=.82$ a $p<.01$ e Compreensibilidade, $r=.84$ a $p<.01$). A sub-escala Significabilidade não revela qualquer associação significativa. De salientar, ainda, que resultados globais da escala de Sentido de Coerência Interno apresentam, também, uma associação significativa e em sentido positivo com uma sub-escala da escala de Bem-Estar Psicológico (Domínio do Meio, $r=.57$ a $p<.01$).

Análise das diferenças

A análise dos resultados ao nível do Sentido de Coerência Interno foi realizada através de estatística não paramétrica, teste U de *Mann-Whitney*. Para tal, recorreu-se aos dois grupos de sujeitos que diferiam em relação ao resultado de Bem-Estar Psicológico se situar abaixo do Percentil 25 ou acima do Percentil 75. O quadro 5 apresenta esses mesmos resultados que permitem verificar que existe uma diferença significativa entre esses sujeitos ($U=11$; significativo a $p=0.03$). Assim, os resultados indicam valores mais elevados ao nível do Sentido de Coerência Interno para os sujeitos que, também, revelam um resultado global de Bem-Estar Psicológico superior, neste caso, sujeitos que se situam acima do Percentil 75 (grupo 2, ordem das médias = 10.78; grupo 1 ordem das médias = 5.6).

Análise regressão Linear

Tal como referido anteriormente, com o objectivo de confirmar o possível papel preditor do Sentido de Coerência Interno relativamente ao Bem-Estar Psicológico foi efectuada uma regressão linear (variável dependente, Bem-Estar Psicológico e variável independente,

Quadro 5:: Comparação entre grupos de BEP elevado e reduzido no SOC (teste U de *Mann-Whitney*)

BEP					
	Grupo 1 - igual ou inferior a 65 (n = 7)	Grupo 2 - igual ou superior a 80 (n = 9)			
	Média das ordens	Média das ordens	U	Z	p
SOC	5.6	10.78	11	-2.2	0.03*

* estatisticamente significativo ao n.s .05

Sentido de Coerência Interno). No quadro 6 são apresentados os resultados. A partir da análise dos resultados pode verificar-se que a variável preditora explica 35% da variância, portanto, uma percentagem relativamente pequena (ver figura 3). Não obstante, o modelo surge como significativo (p=.001).

Quadro 6:: Regressão linear do BEP pelo SOC

Variável preditora	Beta	t	p
SOC	.59	3.9	0.001**
R	.59		
R ² Ajustado	.35		

** Estatisticamente significativo ao n.s .01

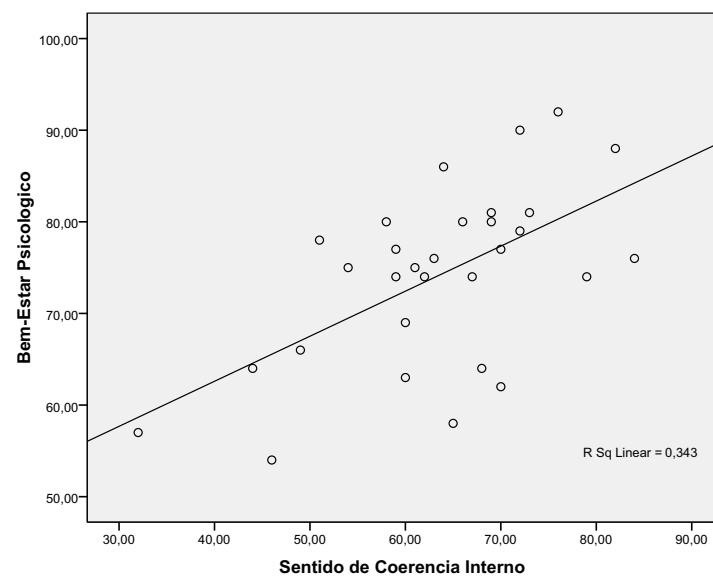


Figura 3. : Recta de regressão linear do BEP sobre o SOC

Discussão dos Resultados

O presente trabalho alicerçado na questão inicial - "*Como se caracteriza o Bem-Estar de idosos com mais de 65 anos e quais os seus factores precipitantes ou mediadores*", adopta como pontos fundamentais a) caracterizar o Bem-Estar Psicológico em idosos da região litoral oeste; b) compreender a relação entre o Bem-Estar Psicológico de idosos e o Sentido de Coerência Interno e, por último, c) investigar o possível papel preditor do Sentido de Coerência Interno relativamente ao Bem-Estar Psicológico de idosos. De forma a atingir esses objectivos, foi tomada como referência a perspectiva teórica de Bem-Estar Psicológico de C. Ryff (1989, 1995) assim como, também foi adoptado o modelo Salutogénico de A. Antonovsky.

Foram utilizados dois instrumentos, duas escalas de auto-avaliação, nas suas versões portuguesas, desenvolvidas pelos autores que trabalham o referencial teórico que lhes está subjacente.

O instrumento que avalia o Bem-Estar Psicológico permite obter um resultado global e este resultado tem-se mostrado útil, especialmente na avaliação da população idosa, para a compreensão da variação dos resultados nas seis escalas que o constituem (Novo, 2000; Ryff & Keyes, 1995). Não obstante, vários estudos parecem apoiar a estrutura multidimensional proposta, desde o início, pelo modelo (Ryff & Keyes, 1995; Novo et al., 1997): "o Bem-Estar Psicológico é um domínio multifacetado que engloba a aceitação de si, o domínio do meio, as relações positivas com os outros, um contínuo desenvolvimento e crescimento pessoal, objectivos de vida e capacidade de autodeterminação" (Ryff & Keyes, 1995, p.,742). Por este motivo, parece ser a partir da análise dos resultados por escala/dimensão, que se irá encontrar melhor adequabilidade para um estudo intra-individual, e se torna, também, possível compreender a qualidade do papel dos diferentes componentes/dimensões do Bem-Estar Psicológico.

Para o presente estudo, muito embora o resultado global de Bem-Estar Psicológico tenha um papel importante e útil, a análise e discussão dos resultados obtidos irá centrar-se na análise das seis escalas. Esta opção fundamenta-se, não só no que foi previamente referido,

mas também em investigações anteriores que referem que é a partir das seis dimensões que o grupo populacional dos idosos melhor se diferencia (Novo et al., 1997; Novo, 2000; Ryff, 1989, 1991; Ryff & Keyes, 1995).

No que se refere ao instrumento que avalia o Sentido de Coerência Interno, este possibilita, do mesmo modo, a obtenção de resultados globais e resultados referentes a três dimensões. Vários estudos também se têm dedicado a discutir a tridimensionalidade da escala do Sentido de Coerência Interno. Parece começar a surgir consenso quanto ao facto de este instrumento medir, fundamentalmente, um único factor comum, isto é, uma orientação global para perceber, interpretar e dar significado às experiências stressantes da vida. Esta orientação irá proporcionar ao indivíduo uma forma mais eficaz de exploração das suas potencialidades e recursos e, por conseguinte, condicionar a sua posição no contínuo saúde doença (Antonovsky, 1993b; Frenz et al., 1993; Geada, 1997; Klepp et al., 2007). Assim, no presente estudo partiremos dos resultados globais obtidos ao nível do Sentido de Coerência Interno, para desenvolver a discussão.

Bem-Estar Psicológico de idosos

Enquadrando a análise dos resultados obtidos, na presente investigação, nas questões teóricas que lhe estão subjacentes, importa começar por destacar o facto de a grande maioria dos idosos, desta amostra, se caracterizar por apresentar resultados globais de Bem-Estar Psicológico que se situam acima do Percentil 75. Assim, na presente amostra, encontramos muito mais idosos a revelar níveis de Bem-Estar Psicológico superiores, do que idosos a revelar níveis inferiores. Quando comparamos estes resultados com os obtidos por sujeitos da mesma faixa etária na amostra Portuguesa (Novo, 2000), apesar de Novo (2000) utilizar uma versão mais longa da escala de Bem-Estar Psicológico e, por conseguinte, não ser possível estabelecer uma comparação empírica com trabalho estatístico, pode comentar-se que estes parecem ser bastante baixos. Este facto pode representar a vivência de um desconforto e dificuldade importantes.

Têm sido diversos os estudos que manifestam uma preocupação especial para com as

diferenças ao nível do Bem-Estar Psicológico, em função da idade. Ao nível do resultado global, tal como previamente referido, as variações entre as diferentes faixas etárias não se têm mostrado significativas estatisticamente. Não obstante, essas diferenças revelam significância estatística quando se tomam em consideração os resultados referentes às seis dimensões.

Desta forma, no que diz respeito aos resultados obtidos nas diferentes dimensões importa comentar, mais uma vez, que comparando com o estudo de Novo (2000), tal como o resultado global, estas denotam resultados muito baixos concordantes com dificuldades acentuadas que parecem surgir, de forma transversal, nas seis dimensões.

Pode, ainda, para a presente amostra, comentar-se os resultados de cada uma destas dimensões entre si. Embora não tenha sido efectuado trabalho estatístico a este nível e, portanto, não se possam fazer comparações empíricas, estes denotam uma certa homogeneidade. A componente Objectivos de Vida é a que atinge o nível inferior. Encontrar um significado, um sentido e uma direcção para a vida, definir com convicção as metas a atingir e delinear aspirações e objectivos, parece estar a ser uma das tarefas mais difíceis para estes idosos. O facto de, na presente amostra, a dimensão Objectivos de Vida, se revelar como a que, neste momento, proporciona maiores dificuldades, não significa, necessariamente, que esta seja a que menos valor representa para estes idosos. Pelo contrário, pode ser mais um indicador de que a sociedade actual, através dos seus valores e organizações sociais, não se coaduna e compatibiliza com as reais necessidades dos idosos. Este resultado inferior da dimensão Objectivos de Vida vai, no entanto, ao encontro dos resultados de estudos anteriores (Novo et al., 1997; Novo, 2000; Ryff & Keyes, 1995). Estudos em que se comparam grupos de sujeitos de diferentes idades têm vindo a constatar que, de facto, a dimensão Objectivos de Vida é uma das três dimensões (Objectivos de Vida, Crescimento Pessoal e Domínio do Meio) que apresenta resultados inferiores, no grupo de sujeitos cujas idades são superiores a 64 anos, assim como, também, é uma das dimensões que apresenta um decréscimo de desenvolvimento a partir desta idade (Novo et al., 1997; Novo, 2000; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Numa outra posição encontra-se a componente Aceitação de Si, que surge como a que revela níveis mais elevados das seis dimensões em causa. Por conseguinte, estes resultados são sugestivos de que os idosos, que constituem a presente amostra, demonstram, tendencialmente, uma atitude positiva para consigo próprios, conhecimento e aceitação das suas características pessoais (incluindo as boas e más qualidades) e que percebem de forma positiva a vida passada (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Este resultado parece concordante com os resultados obtidos por Novo (2000). A autora, apesar de constatar que a dimensão das Relações Positivas atinge níveis superiores, nesta faixa etária, acaba, também, por constatar que esta não varia significativamente, em função da idade.

Ao contrário do que parece que tem vindo a ser verificado para esta faixa etária (Novo, 2000; Ryff & Keyes, 1995), no presente estudo, a dimensão Relações Positivas e a dimensão Domínio do Meio, quando comparadas com as restantes dimensões (excepto com a dimensão Objectivos de Vida) revelam níveis inferiores. Relativamente à primeira dimensão, este resultado sugere, que os idosos desta amostra estão a sentir, especial dificuldade em se aproximar e confiar nas outras pessoas, ser calorosos, acolher abertamente demonstrando preocupação com os outros. Demonstrando receio em desenvolver compromissos e laços afectivos significativos, tomam o caminho do isolamento e da frustração (Ryff, 1991; Ryff & Keyes, 1995). O desconforto, a inadequabilidade e a gestão de conflitos, nas interações com os pares, parece estar a representar, para esta amostra, uma ampla e significativa dificuldade.

No que se refere à dimensão Domínio do Meio que atinge, também, resultados que, apesar de superiores à dimensão Relações Positivas, são inferiores às restantes. Este facto, tal como referido previamente, corrobora estudos anteriores que evidenciam esta dimensão como a que parece acarretar maiores dificuldades, na generalidade dos sujeitos. Desta forma poderá evidenciar-se uma tendência para que os idosos, da presente amostra, sintam dificuldade em lidar com as tarefas e exigências do quotidiano, relativizem ou desvalorizem as suas competências e capacidades para modificar e valorizar o contexto envolvente, de acordo com as suas necessidades, e revelem, não só, pouco conhecimento das oportunidades que o meio lhe proporciona, como também, um fraco sentido de controlo sob o que lhe é externo (Novo

et al., 1997; Novo, 2000; Ryff, 1989, 1991; Ryff & Keyes, 1995). Em estudos anteriores, o Domínio do Meio é umas das dimensões que, tal como a dimensão Objectivos de Vida, tem demonstrado resultados de nível inferior nesta faixa etária. Contudo, ao contrário da dimensão Objectivos de Vida, parece revelar uma superioridade no grupo cujas idades são superiores a 64 anos (Novo et al., 1997; Novo, 2000; Ryff, 1989, 1991). Tal parece indicar que, não obstante o resultado inferior dentro da referida faixa etária, os sujeitos mais velhos demonstram maior sentido de domínio, e competência, para lidar com as exigências que o meio lhes apresenta.

Estes resultados parecem ressaltar a importância de uma sociedade que não está a proporcionar estruturas transmissoras de confiança, que remetam para a flexibilidade e, consequentemente, possibilitem ajustamentos em função das características pessoais, em particular, e das especificidades das pessoas idosas, em geral.

Parece importante relembra as características sócio-demográficas da presente amostra que parecem poder estar a condicionar os resultados obtidos. A constatação de que a maioria dos idosos da presente investigação se encontra institucionalizada, poderá permitir compreender melhor estes resultados. Na verdade, o sentimento de perda de competências pessoais, a incapacidade de mudança e a rigidez de rotinas, caracterizam ainda actualmente muitas instituições para idosos.

Já a dimensão Crescimento Pessoal revela níveis superiores às anteriores (Novo, 2000; Ryff & Keyes, 1995). Pelo que, simultaneamente, poderá indicar que estes idosos mais facilmente sentem desenvolvimento e crescimento pessoal, abertura a novas experiências e realização pessoal, em função das suas potencialidades. Este resultado poderá adquirir um carácter preponderante para a aceitação, abertura e disponibilidade para novas formas de intervenção por parte dos idosos institucionalizados.

*Relação entre Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência
Interno*

O autor A. Antonovsky (Antonovsky, 1987, 1985, 1993a) desenvolve o modelo Salutogénico e propõe o construto Sentido de Coerência Interno como responsável pelo sucesso do indivíduo a lidar com os acontecimentos externos. Este construto é definido como uma orientação global para o mundo, que permite que o indivíduo o percepcione como Compreensível, Manejável e Significativo. Esta orientação leva, portanto, a que o indivíduo se sinta confiante na interpretação e compreensão das suas experiências de vida, se sinta confiante nos recursos que tem para lidar com as exigências e obstáculos adjacentes a essas experiências e considere que as exigências são produtivas e merecedoras de um compromisso (Antonovsky, 1987). De acordo com Antonovsky (Antonovsky, 1987, 1993b), um Sentido de Coerência Interno forte promove a saúde: num primeiro momento, porque quanto mais forte for, mais facilmente os indivíduos resistem ao perigo, aos danos, e ingressam em actividades promotoras de saúde; num segundo momento, porque quanto mais forte se verificar, maior será a probabilidade de que os indivíduos, quando confrontados com os múltiplos stressores que não podem ser evitados, percepcionem os desafios como manejáveis e oportunidades mobilizadoras de investimento significativo. O autor refere que o que acaba por distinguir indivíduos com Sentido de Coerência Interno forte ou fraco é a capacidade que estes revelam para explorar o seu potencial de recursos.

Têm sido diversos os estudos que, no âmbito do modelo Salutogénico de Antonovsky (1987), se propõem a compreender melhor o papel do Sentido de Coerência Interno no posicionamento do indivíduo no contínuo saúde-doença . Neste contexto, muitos estudos se têm centrado no construto Sentido de Coerência Interno, relacionando-o com variáveis da saúde (Suporte social, Stress, Estratégias de coping, Bem-Estar Psicológico, Resiliência entre outras) (Antonovsky, 1987, 1985; Boscaglia & Clarke, 2007; Gana, 2001; Geada, 1996; Klepp et al., 2007; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lustig et al., 2000; Myrin & Lagerstrom, 2006; Oelofsen & Richardson, 2006; Olsson et al., 2006; Pallant & Lae, 2002; Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom, & Dencker, 2005; Steiner et al., 1996; Bengtsson-Tops, Brunt,

& Rask, 2005).

O presente estudo pretendeu, igualmente, contribuir para este conhecimento, sendo um dos seus objectivos compreender a relação entre o Bem-Estar Psicológico e o Sentido de Coerência Interno, nos idosos. Os resultados encontrados são concordantes com os resultados existentes na bibliografia consultada. De facto constata-se que o Bem-Estar Psicológico (enquanto compreendido a partir da perspectiva teórica e metodológica de C. Ryff (1989); Ryff and Keyes (1995)) se encontra positivamente associado ao construto Sentido de Coerência Interno (de A. Antonovsky (1987)).

Já A. Antonovsky (1985) fazia referência a um sentido de Bem-Estar Psicológico e esta é uma relação que, até hoje, parece ter significado. Como supracitado, muitos autores procuram compreender a que é que está associado um Sentido de Coerência Interno forte. À semelhança do presente estudo, e, tal como seria esperado, são, de facto, múltiplos aqueles que, directa ou indirectamente, concluem que níveis superiores de Bem-Estar Psicológico estão positivamente associados a um Sentido de Coerência Interno forte (Gana, 2001; Geada, 1997; Pallant & Lae, 2002). Steiner et al. (1996) num estudo em que se pretende analisar as características psicométricas de quatro escalas, na sua versão reduzida, em sujeitos com mais de 75 anos, os autores propõem, simultaneamente, a escala de Sentido de Coerência Interno como uma medida de Bem-Estar Psicológico.

Ressalve-se que, nos referidos estudos, o Bem-Estar Psicológico não foi perspectivado a partir do modelo teórico e metodológico de C. Ryff, não obstante, os resultados surgem no mesmo sentido. Este facto poderá ser melhor compreendido se se atender ao resultados obtidos por Keys et al. (2002) que confirmam a hipótese de que o Bem-Estar Subjectivo e o Bem-Estar Psicológico representam concepções de Bem-Estar que, apesar de relacionadas, são distintas.

Bem-Estar Psicológico predizível pelo Sentido de Coerência Interno

No que se refere à relação entre Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno, o presente estudo tem ainda como objectivo, investigar o possível papel preditor do Sentido

de Coerência Interno relativamente ao Bem-Estar Psicológico dos idosos. Tomando em consideração o modelo Salutogénico de A. Antonovsky (1987) e no seguimento da investigação que tem sido efectuada, parece ser plausível que se considere que o Sentido de Coerência Interno seja, fundamentalmente, uma variável preditora e não uma consequência ou resultado ao nível da saúde mental. Desta forma, o Sentido de Coerência Interno actuará como uma variável mediadora para os estímulos e adversidades externas com que o indivíduo se confronta e, por conseguinte, para o Bem-Estar Psicológico. Gana (2001), e Pallant and Lae (2002), nos seus estudos, reiteram o papel preditor e mediador do Sentido de Coerência Interno e concluem que as adversidades e as experiências stressantes não afectam directamente o Bem-Estar Psicológico mas sim, condicionam-no, indirectamente, mediadas pelo Sentido de Coerência Interno. Assim, os autores ressaltam que as adversidades apenas afectam o Bem-Estar Psicológico em indivíduos que revelam um fraco Sentido de Coerência Interno e, portanto, se encontram mais vulneráveis.

No presente estudo, os resultados obtidos, a este nível, revelam-se significativos e, portanto, permitem considerar o Sentido de Coerência Interno como uma variável preditora de Bem-Estar Psicológico. Verifica-se que quanto mais forte o Sentido de Coerência Interno maior será a probabilidade de registar elevados níveis de Bem-Estar Psicológico. Apesar deste modelo obter significância estatística, a variação explicada pelo modelo é relativamente pequena, pelo que, subjacente a este resultado, poderá estar a influência de variáveis não incluídas ou não controladas no presente estudo, nomeadamente, as características sócio-demográficas da amostra.

Tomando em consideração o papel preditor do Sentido de Coerência Interno no Bem-Estar Psicológico poder-se-á agora compreender melhor os resultados obtidos ao nível do Bem-estar Psicológico, na presente amostra. Os resultados revelam níveis baixos de Bem-estar Psicológico o que poderá, neste caso, indicar, simultaneamente, que se está perante indivíduos que revelam, tendencialmente, fraco Sentido de Coerência Interno. Assim, está-se perante indivíduos com maior dificuldade no ingresso em actividades promotoras de saúde e bem-estar e com maior resistência em considerar os desafios e obstáculos, do meio, como

passíveis de ajuste, em função das suas necessidades. De facto, foi referido anteriormente que, a partir da constatação de que a presente amostra atinge níveis muito inferiores na dimensão Objectivos de Vida e Domínio do Meio, estes idosos estariam a ter especial dificuldade em definir, com convicção, as metas e aspirações a atingir e em lidar com as tarefas e exigências, do quotidiano, que são percebidas como incompatíveis com as competências e recursos pessoais.

De ressaltar que os resultados referentes ao Sentido de Coerência Interno parecem não se encontrar abaixo daqueles que foram obtidos noutros estudos (Geada, 1997). Em contrapartida os resultados atingidos ao nível do Bem-Estar, mostram-se inferiores, quando comparados com resultados obtidos noutros estudos, com amostras da mesma faixa etária (Novo, 2000).

Na generalidade os resultados obtidos vão ao encontro do que era esperado, reforçam os resultados que têm vindo a ser verificados por outros autores e, por último, salientam a pertinência da continuação do investimento na investigação neste domínio.

Conclusão

O presente estudo debruçou-se sobre o Bem-Estar Psicológico, e sobre a relação entre este e o Sentido de Coerência Interno, na velhice. Sendo que, o Sentido de Coerência Interno poderá assumir um papel importante como preditor do Bem-Estar Psicológico auto-percebido. O primeiro constructo é enquadrado no referencial teórico de C. Ryff e o segundo é perspectivado a partir do modelo - Salutogénico - de A. Antonovsky.

De acordo com a bibliografia estudada e pelo interesse que o tema desperta, foram definidos três objectivos, tendo em vista contribuir para uma área em que o consenso se revela possível de alcançar, apesar da multiplicidade de opiniões e pouca uniformidade de resultados encontrados em estudos realizados neste âmbito.

Como resultados centrais, salienta-se, num primeiro momento, o facto de existirem mais idosos a apresentar níveis de Bem-Estar superiores, do que idosos a apresentar níveis de Bem-Estar Psicológico inferiores. Num segundo momento, a partir da constatação de uma relação positiva e significativa entre o Bem-Estar Psicológico e o Sentido de Coerência Interno, verifica-se que existe uma tendência para que quanto maior forem os níveis de Bem-Estar Psicológico atingidos, mais forte se verifique o Sentido de Coerência Interno. Num terceiro, e último, momento, importa ressaltar o facto de os resultados, apesar de pouco afirmativos, indicarem que o Sentido de Coerência Interno se poderá perspectivar como um agente preditor do Bem-Estar Psicológico, nos idosos, constituindo-se como um potencial para o desenvolvimento do mesmo.

Ressalve-se, no entanto, que o delineamento deste estudo não permite que sejam apuradas verdadeiras relações de causalidade, sugerindo-se que, no futuro, sejam desenvolvidos estudos que suprimam este iato e averiguem o possível papel mediador do Sentido de Coerência Interno no Bem-Estar Psicológico. Estes seriam, decerto, uma mais valia inquestionável para o conhecimento dos factores intervenientes na promoção da saúde mental.

Em termos gerais, os resultados obtidos contribuem para reiterar resultados de outras investigações, apesar de encontrarem algumas limitações, que podem ser compreendidas em função da multiplicidade de factores que poderão estar a operar, nomeadamente ao nível

metodológico.

No que se refere às limitações metodológicas pode identificar-se o recurso, exclusivo, a questionários de auto-avaliação para a avaliação de ambos os constructos (Bem-Estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno). A auto-avaliação recai sobre uma percepção pessoal, subjectiva, que o indivíduo tem sobre os diferentes domínios, a serem avaliados. Será com base em critérios do próprio, que o indivíduo avalia as suas experiências e vivências de vida. Desta forma, os resultados obtidos, apesar de importantes e úteis, mostram-se insuficientes numa perspectiva que pretenda garantir a avaliação de um funcionamento psicológico positivo, ou da saúde mental (Novo, 2000).

Da mesma forma, a dimensão da presente amostra representa uma limitação deste estudo. O tamanho da amostra é escasso para detectar efeitos de grande magnitude. Este poderá ser mais um factor a condicionar a generalização e aplicabilidade dos resultados e as conclusões obtidas.

Para além das dimensões da amostra, as suas características sócio-demográficas, embora reflectindo o panorama actual da nossa sociedade, acabam por não ser as ideais tendo em conta o delineamento deste estudo. Como foi referido anteriormente, no Capítulo primeiro, sabemos que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira e que, paralelamente, aos determinantes genéticos, existem outros factores que condicionam o processo de envelhecimento. Não será igual envelhecer no feminino ou no masculino, solteiro, casado ou viúvo, com filhos ou sem filhos, em meio urbano ou rural, residindo em casa própria, de familiares ou em lar. A grande maioria dos idosos que constituem a amostra do presente estudo reside em lar. Investigações sugerem que a ida para um lar é sentida pela pessoa idosa numa perspectiva de perda da independência, autonomia e auto-controlo e de separação efectiva do ambiente familiar. A ida para um lar constitui-se, para muitos idosos, como irreversível e como uma barreira (física e psicológica) para o mundo exterior e para as interações sociais que daí poderão advir (Araújo, Lima Coutinho, & Saldanha, 2005; Matos, 2004; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). Residir em lar condiciona, muitas vezes, a que o tempo e o espaço se fixe dentro da instituição, onde as rotinas e as tarefas, subordinadas

a uma autoridade centralizada, se revelam pouco flexíveis e impessoais (Araújo et al., 2005; Matos, 2004).

Desta forma, contextualizando com o que foi referido previamente, pode-se compreender melhor os resultados inferiores, obtidos pelos idosos desta amostra, ao nível das dimensões Objectivos de Vida e Domínio do Meio. Estes resultados, reflectem, de facto, maior dificuldade em encontrar um significado, um sentido, e uma direcção para a vida; maior dificuldade em definir com convicção as metas a atingir; maior dificuldade em lidar com as tarefas e exigências do quotidiano; uma desvalorização das suas competências para modificar o contexto envolvente de acordo com as suas necessidades; e um fraco sentido de controlo sob o que lhe é externo (Novo et al., 1997; Novo, 2000; Ryff, 1989, 1991; Ryff & Keyes, 1995).

Para acautelar este facto, deveria ter sido garantida uma distribuição semelhante quanto ao número de pessoas idosas a residir em lar, em casa própria ou de familiares, o que por questões práticas não foi possível efectuar no âmbito da presente investigação.

Do ponto de vista da promoção e prevenção da saúde, estes resultados reforçam a necessidade premente, de que seja disponibilizada uma atenção especial pela sociedade, em geral, e pelas instituições, em particular, sobre a população idosa. O crescente conhecimento sobre esta população permite perceber que os clássicos modelos de promoção, prevenção recuperação e reabilitação não se coadunam com as verdadeiras e actuais necessidades dos idosos (Sousa et al., 2003). Terão de ocorrer significativas e importantes adaptações. Os resultados obtidos no presente estudo proporcionam um conhecimento significativo neste âmbito. Constata-se que o Sentido de Coerência Interno adopta um papel preditor para o Bem-Estar Psicológico. Desta forma, contribuir para o desenvolvimento de um Sentido de Coerência forte promove, em simultâneo, o desenvolvimento positivo do Bem-Estar Psicológico. De acordo com A. Antonovsky (1985), verificar-se-à um Sentido de Coerência Interno forte, quanto mais se proporcionar experiências de vida que se caracterizem por ser consistentes e compreensíveis, em que as capacidades exigidas se compatibilizem com os recursos disponíveis, e seja possível para o idoso, adoptar uma postura activa, interventiva

e mobilizadora, em que a participação na tomada de decisões seja permitida, ou mesmo, requerida.

É pois muito importante que sejam delineadas políticas sociais e programas de intervenção que, adequados ao facto de a maioria das pessoas idosas possuir competências e potencialidades, valorizem não só a componente assistencial, mas também, valorizem a ocupação, o voluntariado, a educação, e a promoção da autonomia.

Bibliografia

- Allport, G. W. (1966). *Personalidade: padrões e desenvolvimento*. Universidade de São Paulo: Herder.
- Antonovsky, A. (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22, pp.273-280.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993a). Complexity, Conflit, Chaos, Coherence, Coercion and Civility. *Social Science Medicine*, 37(8), 969-981.
- Antonovsky, A. (1993b). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733.
- Araújo, L. F. de, Lima Coutinho, M. da Penha de, & Saldanha, A. A. W. (2005, Maio). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico*, 36(2), 197-204.
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D., & Rask, M. (2005). The struture of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its realitionship to psychopathology. *Scand J Caring Sci*, 9, pp.280-287.
- Boscaglia, N., & Clarke, D. (2007). Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in woman with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 16, pp.189-195.
- Cavanaugh, J. (1997). *Adult development and aging* (Brooks, Ed.). Pacific Grove: Cole Publishing Company.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunun, U., & Ruoppila, I. (2003). The satbility of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 35, pp.1151-1165.

- Feldt, T., Metsapelto, R.-L., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality. *European Psychologist*, 12(3), 165-172.
- Frenz, A., Carey, M., & Jorgensen, R. (1993). Psychometric Evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 145-153.
- Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health*, 17, pp.77-83.
- Gana, K., & Garnier, S. (2001). Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*, 31, pp.1079-1090.
- Geadá, M. (1990). O modelo de saúde positiva - Salutogénico - de A. Antonovsky: Resultados preliminares de um estudo com toxicodependentes. In (chap. A Psicologia nos Serviços de Saúde). Lisboa: APPORT.
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, XIV(2-3), 191-201.
- Geadá, M. (1997). Análise dos comportamentos principais da versão portuguesa do questionário de aptidões de coping de Antonovsky. In *JOCLAD97 - International Meeting*. Porto: Portugal.
- INE. (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Instituto Nacional de Estatística*.
- Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adaptation in Very Old Age: Exploring the Role of Resources, Beliefs, and Attitudes for Centenarians' Happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266-280.
- Keys, C., Ryff, C., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1007-1022.

- Klepp, O., Mastekaasa, A., Sorensen, T., Sandanger, I., & Kleiner, R. (2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International Journal of Methods in Psychiatric research*, 16(1), 11-22.
- Lillefjell, M., & Jakobsen, K. (2007). Sense of Coherence as a Predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individual with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 222-231.
- Lustig, D., Rosenthal, D., Strauser, D., & Haynes, K. (2000). The Relationship Between Sense of Coherence and Adjustment in Persons with Disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(3), 134-141.
- Matos, P. R. M. A. de. (2004). Ser-se mais velho: tempo, memória e velhice no contexto de um lar. In *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*.
- Myrin, B., & Lagerstrom, M. (2006). Health behaviour and sense of coherence among pupils aged 14-15. *Scand J Caring Sci*, 20, pp.339-346.
- Novo, R. (2000). *Para Além da Eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Novo, R., Silva, M. E. D., & Peralta, E. (1997). O Bem-Estar Psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 4, pp.313-323.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9(4), 354-362.

- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 1-12.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A.-M., & Cederblad, M. (2006, July). Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15, pp.219-229.
- Pallant, J., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, pp.39-48.
- Pereira, A. (2006). *Guia Prático de Utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 19(3), 793-798.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everthing, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6(2), 286-295.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *American Psychological Society*.
- Ryff, C., & Essex, M. (1992). The interpetation of life experience and well-being:the sample case of relocation. *Psychology and Anging*, 7(4), 507-517.
- Ryff, C., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and social psychology*, 69(4), 719-727.

Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L., & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, pp.258-264.

Snekkevik, H., Anke, A., Stanghelle, J., & Fugli-Meyer, A. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clinical Rehabilitation*, 17, pp.443-453.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 3, pp.364-371.

Steiner, A., Raube, K., Stuck, A. E., Aronow, H. U., Draper, D., Rubenstein, L. Z., et al. (1996). Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: Performance of four short scales. *The Gerontologist*, 36, pp.54-62.

Strumpfer, D., Gouws, J., & Viviers, M. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to Negative and Positive Affectivity. *European Journal of Personality*, 12, pp.457-480.

Apêndice
Outputs do SPSS

Quadro 1 – Estatística descritiva dos dados relativos ao sexo**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	21	70,0	70,0	70,0
	Masculino	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 2 – Estatística descritiva dos dados relativos ao agregado familiar**nº de pessoas agregado familiar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	7	23,3	23,3	23,3
	2,00	12	40,0	40,0	63,3
	3,00	3	10,0	10,0	73,3
	4,00	5	16,7	16,7	90,0
	5,00	1	3,3	3,3	93,3
	6,00	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 3 – Estatística descritiva dos dados relativos ao estado cível**Estado cível**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	1	3,3	3,3	3,3
	Viuvo	21	70,0	70,0	73,3
	Solteiro	7	23,3	23,3	96,7
	Divorciado	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 4 – Estatística descritiva dos dados relativos ao nível de escolaridade

Escolaridade		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	s/ escolaridade	12	40,0	40,0	40,0
	ens. primario	14	46,7	46,7	86,7
	<= 8 anos	2	6,7	6,7	93,3
	>= 9 anos	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 5 – Estatística descritiva dos dados relativos ao tipo de profissão

Profissão		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tecnicos intelectuais de nivel intermedio	1	3,3	3,3	3,3
	peessoal administrativo e similares	1	3,3	3,3	6,7
	peessoal dos serviços e vendedores	7	23,3	23,3	30,0
	agricultura e pesca	8	26,7	26,7	56,7
	operarios e trabalhadores de montagem	3	10,0	10,0	66,7
	operadores de instalações e maquinas e montagem	1	3,3	3,3	70,0
	trabalhadores nao qualificados	8	26,7	26,7	96,7
	desempregado	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 6 – Estatística descritiva dos dados relativos a com quem vive

Com quem vive					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	conjugue	1	3,3	3,3	3,3
	filhos	1	3,3	3,3	6,7
	outros	28	93,3	93,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 7 – Estatística descritiva dos dados relativos ao tipo de residência

Residencia em lar					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	28	93,3	93,3	93,3
	nao	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 8 – Estatística descritiva dos dados relativos às crenças religiosas

Crenças religiosas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	30	100,0	100,0	100,0

Quadro 9 – Estatística descritiva dos dados relativos às práticas religiosas

Práticas religiosas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	29	96,7	96,7	96,7
	nao	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 10 – Estatística descritiva dos dados relativos à ocupação dos tempos livres

Ocupação tempo livre no último ano

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim: TV, Radio, passeios, trab. manuais, taref. domesticas	28	93,3	93,3	93,3
	nao	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Quadro 11 – Estatística descritiva dos dados relativos à idade, e aos resultados globais do Bem-Estar Psicológico e do Sentido de Coerência Interno

Statistics

		idade	Bem-Estar Psicológico	Sentido de Coerência Interno
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
Mean		81,9000	74,1333	63,4667
Median		81,5000	75,5000	64,5000
Std. Deviation		8,15518	9,63733	11,47631
Minimum		65,00	54,00	32,00
Maximum		97,00	92,00	84,00
Percentiles	25	77,5000	65,5000	58,7500
	75	89,2500	80,0000	70,5000

Quadro 12 – Estatística descritiva dos dados relativos aos grupos extremos de Bem-Estar Psicológico

Grupos extremos BEP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	igual ou inferior a 65	7	23,3	43,8	43,8
	igual ou superior a 80	9	30,0	56,2	100,0
	Total	16	53,3	100,0	
Missing	System	14	46,7		
	Total	30	100,0		

Quadro 13 – Estatística descritiva dos dados relativos aos resultados nas sub-escalas de Bem-Estar Psicológico

		Statistics					
		Autonomia	Dominio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objectivos de Vida	Aceitação de Si
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	12,8667	12,4667	12,9667	12,3333	10,0333	13,4667
	Std. Deviation	3,15937	3,56935	2,78522	3,25188	3,07922	3,39100
	Minimum	7,00	4,00	6,00	6,00	4,00	3,00
	Maximum	18,00	18,00	17,00	18,00	16,00	18,00

Quadro 14 – Estatística descritiva dos dados relativos aos resultados nas sub-escalas do Sentido de Coerência Interno

		Statistics		
		Significabilidade	Manejabilidade	Compreensibilidade
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
	Mean	20,9000	19,2333	22,9333
	Minimum	11,00	7,00	10,00
	Maximum	28,00	28,00	32,00

Quadro 15 - Correlações de Pearson entre os resultados globais e os resultados das sub-escalas das escalas de Bem-Estar Psicológico e do Sentido de Coerência Interno

		Bem-Estar Psicológico	Sentido de Coerência Interno	Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objectivos de Vida	Aceitação de Si	Significabilidade	Manejabilidade	Compreensibilidade
Bem-Estar Psicológico	Pearson Correlation	1,000	,586**	,469**	,541**	,389*	,286	,604**	,692**	,042	,564**	,406*
	Sig. (2-tailed)		,001	,009	,002	,033	,126	,000	,000	,825	,001	,026
	N	30,000	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Sentido de Coerência Interno	Pearson Correlation	,586**	1,000	,279	,572**	,095	-,005	,352	,410*	,145	,816**	,843**
	Sig. (2-tailed)	,001		,136	,001	,616	,978	,057	,025	,446	,000	,000
	N	30	30,000	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Autonomia	Pearson Correlation	,469**	,279	1,000	,336	-,032	-,170	,171	,083	-,071	,221	,129
	Sig. (2-tailed)	,009	,136		,070	,867	,369	,367	,662	,708	,240	,497
	N	30	30	30,000	30	30	30	30	30	30	30	30
Domínio do Meio	Pearson Correlation	,541**	,572**	,336	1,000	-,158	-,038	,171	,184	-,022	,412*	,488**
	Sig. (2-tailed)	,002	,001	,070		,405	,843	,366	,331	,908	,024	,006
	N	30	30	30	30,000	30	30	30	30	30	30	30
Crescimento Pessoal	Pearson Correlation	,389*	,095	-,032	-,158	1,000	,112	,229	,166	-,010	,247	,002
	Sig. (2-tailed)	,033	,616	,867	,405		,557	,223	,381	,957	,189	,991
	N	30	30	30	30	30,000	30	30	30	30	30	30
Relações Positivas	Pearson Correlation	,286	-,005	-,170	-,038	,112	1,000	-,197	,139	-,131	,019	-,083
	Sig. (2-tailed)	,126	,978	,369	,843	,557		,296	,465	,491	,919	,664
	N	30	30	30	30	30	30,000	30	30	30	30	30
Objectivos de Vida	Pearson Correlation	,604**	,352	,171	,171	,229	-,197	1,000	,471**	,194	,354	,287
	Sig. (2-tailed)	,000	,057	,367	,366	,223	,296		,009	,304	,055	,124
	N	30	30	30	30	30	30	30,000	30	30	30	30
Aceitação de Si	Pearson Correlation	,692**	,410*	,083	,184	,166	,139	,471**	1,000	,167	,421*	,335
	Sig. (2-tailed)	,000	,025	,662	,331	,381	,465	,009		,378	,021	,070
	N	30	30	30	30	30	30	30	30,000	30	30	30
Significabilidade	Pearson Correlation	,042	,145	-,071	-,022	-,010	-,131	,194	,167	1,000	,237	,011
	Sig. (2-tailed)	,825	,446	,708	,908	,957	,491	,304	,378		,207	,954
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30,000	30	30
Manejabilidade	Pearson Correlation	,564**	,816**	,221	,412*	,247	,019	,354	,421*	,237	1,000	,580**

	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,240	,024	,189	,919	,055	,021	,207		,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30,000	30
Compreensibilid	Pearson	,406*	,843**	,129	,488**	,002	-,083	,287	,335	,011	,580**	1,000
ade	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	,026	,000	,497	,006	,991	,664	,124	,070	,954	,001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 16 – Resultados relativos ao teste U de *Mann-Whitney* (Comparação entre grupos de Bem-Estar elevado e reduzido no Sentido de Coerência Interno)

Ranks				
	grupo extremos BEP	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sentido de Coerencia Interno	igual ou inferior a 65	7	5,57	39,00
	igual ou superior a 80	9	10,78	97,00
	Total	16		

Test Statistics ^b	
	Sentido de Coerencia Interno
Mann-Whitney U	11,000
Wilcoxon W	39,000
Z	-2,172
Asymp. Sig. (2-tailed)	,030
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,031 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: grupo extremos BEP

Quadro 17 – Resultados relativos à regressão linear do Bem-Estar Psicológico pelo Sentido de Coerência Interno

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,586 ^a	,343	,319	7,95060

a. Predictors: (Constant), Sentido de Coerencia Interno

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	923,528	1	923,528	14,610	,001 ^a
	Residual	1769,939	28	63,212		
	Total	2693,467	29			

a. Predictors: (Constant), Sentido de Coerencia Interno

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	923,528	1	923,528	14,610	,001 ^a
	Residual	1769,939	28	63,212		
	Total	2693,467	29			

b. Dependent Variable: Bem-Estar Psicologico

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	42,925	8,293		5,176	,000
	Sentido de Coerencia Interno	,492	,129	,586	3,822	,001

a. Dependent Variable: Bem-Estar Psicologico